

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

749

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN PONTET

Né le 27 Octobre 1909, à Paris

**Contribution à l'étude
du Traitement
ambulatoire
des
Ulcères variqueux**

Président de Thèse : M. CARNOT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, Place de l'Odéon

—
1935

ANNÉE 1935

N^o

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
JEAN PONTET

Né le 27 Octobre 1909, à Paris

**Contribution à l'étude
du Traitement
ambulatoire
des
Ulcères variqueux**

Président de Thèse : M. CARNOT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, Place de l'Odéon

—
1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiqu-	CUNEO.
s	GOSSET.
Clinique des maladies du système nerveux	GRÉGOIRE.
Clinique des maladies infectieuses.....	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique chirurgicale.....	MARION.
	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	N.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	HOVELACQUE.
dulte	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Physiologie.....	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SÉNEQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.
Hydrologie.....	BEZANÇON Justin.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.....	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
GUENIOT.			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Avec toute mon affection.

A MA GRAND-MERE

A MES AMIS

A la mémoire de
Monsieur le Professeur LEJARS

Qui fut mon premier maître.

A Monsieur le Professeur CARNOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE, DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui veut bien me faire l'honneur
de présider cette thèse, avec
mes sentiments respectueux
de gratitude.*

A Monsieur le Professeur CADENAT

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHEF DES TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Je lui demande de bien vouloir
trouver ici toute ma recon-
naissance pour l'enseignement
que son exemple m'a donné;
et pour les facilités qu'il m'a
procurées pendant trois ans
dans son service dans l'accom-
plissement des traitements
ambulatoires.*

A Monsieur le Docteur L. DEVRAIGNE

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL LARIBOSIÈRE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

En reconnaissance de son enseignement et en remerciement de l'accueil bienveillant qu'il m'a toujours réservé dans son service, et de l'affectueuse confiance qu'il a bien voulu me témoigner.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier dans cette thèse le traitement ambulatoire des ulcères variqueux. Nous en éliminons les ulcérations d'origine diverses localisées au niveau des membres inférieurs.

Nous laisserons ainsi de côté les ulcérations :

- 1) Syphilitiques
- 2) Tuberculeuses
- 3) Mycosiques
- 4) Trophonévrotiques rencontrées au niveau d'anciennes blessures, de moignons
- 5) Diabétiques

dont le diagnostic sera étayé par les recherches de Laboratoires : réaction de Bordet-Wassermann, examen d'exsudats, cultures, analyse des urines, etc...

Nous avons divisé notre étude en deux parties. Dans la première, nous nous sommes efforcés de donner une définition, une description clinique et histologique de l'ulcère variqueux (Chapitre I). Nous avons examiné les diverses conceptions des auteurs sur l'étiologie et la pathogénie de l'affection, puis nous en avons donné notre appréciation (Chapitre II).

Dans la deuxième partie, nous exposons les méthodes préconisées dans le traitement des ulcères variqueux (Chapitre III), puis le procédé que nous utilisons (Chapitre IV). Nous terminons enfin par une série d'observations personnelles, prises tant parmi des malades du service de M. le Professeur Cadenat, à Lariboisière, que parmi ceux traités en ville, suivant la même thérapeutique.

CHAPITRE I

ETUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'ULCERE VARIQUEUX.

L'ulcère variqueux est une perte de substance, complication fréquente des varices; comme elles, il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il se rencontre un peu plus souvent à la jambe gauche. Il a un siège de prédilection : la partie inférieure de la face interne de la jambe; très rarement il est situé à la cuisse.

Parfois circulaire, parfois ovale, il peut avoir des contours irrégulièrement dentelés.

Ses dimensions sont très variables. Dans son début il peut n'avoir que la surface d'une pièce de monnaie. Evoluant depuis des mois, isolé ou formé de la coalescence de plusieurs lésions primaires, il peut atteindre et dépasser la surface de la main.

Son aspect est en général caractéristique. Il se pré-

sente avec des bords épais, saillants, plus ou moins réguliers, formant un bourrelet adhérent. Inégal, le fond est tantôt couvert de bourgeons rouges, tantôt ternes, sanieux, fongueux, d'aspect lardacé. La profondeur, variable avec l'ancienneté de la lésion, va de la simple érosion à 5 ou 6 millimètres.

Au pourtour de l'ulcère on note des modifications qui également, s'il évolue depuis longtemps, sont plus marquées.

La peau est amincie avec des plages d'atrophie blanche, des suffusions hémorragiques, une abondante pigmentation ocre; elle est souvent le siège d'eczéma sec, squameux ou suintant, de dermo-épidermites microbiennes, de furoncles. La sensibilité est modifiée; les sensations tactiles, quelquefois augmentées, surtout au début, sont le plus souvent diminuées; la sensibilité thermique est émoussée.

De l'œdème distend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sur toute la surface de l'ulcère et des lésions avoisinantes les débordant parfois. Le volume du membre peut alors devenir énorme et présenter de véritables déformations éléphantiasiques, avec bourrelet sus-malléolaire, tuméfaction du dos du pied et des orteils.

L'évolution de l'ulcère variqueux est chronique. Il n'a pas de tendance à la cicatrisation spontanée. D'abord petit, il s'élargit progressivement, occupant une partie plus ou moins grande de la circonférence du membre si le malade continue à vaquer à ses occupations, même à marcher simplement.

Il se referme dans la règle si, à un traitement médicamenteux local on adjoint un repos absolu, prolongé de longues semaines, parfois, plusieurs mois; mais la récurrence survient presque toujours dès que le sujet reprend son activité.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle a étudié l'ulcère et sa périphérie; les différents tissus du membre malade. Nous en envisagerons successivement les modifications.

a) L'ULCÈRE ET SA PÉRIPHÉRIE.

L'Histologie permet de considérer à ce niveau trois zones successives. En allant de dedans en dehors, ce sont : La zone ulcérée proprement dite, la zone marginale, la zone cutanée périphérique.

1) *L'Ulcération.* — C'est un véritable bourgeon charnu. Il est constitué d'un tissu embryonnaire conjonctif circonscrivant des capillaires gorgés de sang, dont les parois sont réduites à l'endothélium. Il présente une atrophie des glandes sébacées et des glandes sudoripares. En certains points on trouve des polynucléaires intacts ou en voie de dégénérescence, qui semblent témoigner de la formation de petits abcès miliaires.

Dépourvue d'épithélium de revêtement, cette région est limitée à sa périphérie de débris tissulaires, d'exsudat granuleux dans lequel subsistent quelques éléments cellulaires dégénérés.

2) *La Zone marginale.* — Elle est revêtue d'un épithélium malpighien, fragile, aux mitoses rares, dont la couche cornée est très mince et dont la prolifération vers la profondeur est trop incomplète pour déterminer l'apparition des papilles.

Le derme sous-jacent est moins infiltré qu'au centre de l'ulcère, et beaucoup plus vascularisé. On y voit des capillaires jeunes très dilatés, entourées d'un tissu conjonctif réticulaire. Sa couche profonde est très dense.

3) *La Zone cutanée périphérique.* — La zone marginale se continue insensiblement avec la zone cutanée proprement dite.

Ici la couche cornée est considérablement épaissie, souvent kératinisée. Les papilles épidermiques sont hypertrophiées.

Le derme présente des papilles dont les vaisseaux sanguins ont subi une hypertrophie notable, et reposent sur un chorion compact, serré, de cellules embryonnaires. Les éléments nerveux intradermiques ne présentent, semble-t-il, pas d'altérations. Il y a dans cette région de petites hémorragies interstitielles.

En résumé, l'ulcère est formé : d'une zone ulcéralive tendant à la cicatrisation dermique par un bourgeonnement du centre à la périphérie, et dont le recouvrement épidermique se dirige en sens inverse, mais ce dernier, mince, mal constitué est considérablement gêné dans sa progression par la présence de la couche épidermique kératinisée des bords de la lésion.

b) LES TISSUS DU MEMBRE.

Le Derme et le Tissu conjonctif sous jacents à l'ulcère sont scléreux.

Le Tissu cellulaire sous cutané est infiltré d'œdème.

Les Muscles présentent de la myosite interstitielle chronique.

Les Os sont atteints d'ostéo-périostites diverses (RECLUS, SÉZARY).

Les Artères sont souvent athéromateuses et peuvent montrer un épaissement inflammatoire sur toute la zone sclérosée.

Les Veines adhèrent intimement au tissu cellulaire et présentent des lésions variqueuses à leurs différents stades, et leurs complications.

Les Lymphatiques sont gorgés, distendus. Les ganglions sont entourés d'une atmosphère cellulo-graisseuse indurée. Dans certains cas avancés on trouve des lésions de dégénérescence scléreuse.

Les Nerfs sont atteints de névrite périfasciculaire chronique (QUÉNU), siégeant sur le sciatique, ses deux branches, et de varices intranerveuses. Cette névrite peut aller jusqu'à la destruction quasi totale des fibres nerveuses par sclérose intra et extra-fasciculaire, conditionnée par la présence de varices dilatées formant un véritable tissu caverneux.

Nous avons cité ces altérations des tissus, non parce qu'elles se présentent toujours, mais parce qu'elles ont été constatées les unes ou les autres sur un membre atteint d'ulcère variqueux.

Cependant, elles sont loin d'être toutes la conséquence de cette lésion. Nous tenterons de faire la part de chacune dans la Pathologie dans le chapitre suivant, où nous allons exposer les hypothèses relatives à l'Etiologie et à la Pathologie de l'ulcère.



CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Le début de l'ulcère variqueux est essentiellement variable. Il peut survenir à la suite d'un léger choc ayant déterminé une plaie, une ecchymose, une petite escarre traumatique.

D'autrefois, il apparaît sur le territoire d'une rupture veineuse, d'un petit foyer de phlébite, d'un placard d'eczéma variqueux.

Souvent il se fait spontanément, ou à la suite d'une petite papule ou pustule, de la taille d'une tête d'épingle à laquelle le malade n'a prêté aucune attention.

Ces lésions ne se cicatrisent pas rapidement comme sur un terrain en bon état de nutrition; elles s'attardent, s'étendent plus ou moins rapidement, constituant l'ulcère qui amène le sujet à consulter.

L'Étiologie des ulcères variqueux a été diversement interprétée par les auteurs. On peut classer les théories qui l'expliquent en artérielle, veineuse, lymphatique, neurotrophique.

a) THÉORIE ARTÉRIELLE.

L'ulcère serait un trouble trophique sous la dépendance de l'Athérome artériel; il apparaîtrait vers 45 ans, au moment de la dégénérescence athéromateuse.

On a en effet souvent rencontré des lésions athéromateuses et d'artérite oblitérante chez les sujets porteurs d'ulcères.

b) THÉORIE VEINEUSE.

Elle est fondée sur les troubles circulatoires veineux, reliée à l'Etiologie des varices qu'il nous a semblé bon de rappeler ici.

1° Il y a des varices manifestement *secondaires* : à un état général chronique, à une compression ou à une oblitération des troncs veineux, à un traumatisme.

Les varices du syndrome entéro-rénal, des hépatiques, des hyposystoliques (à l'hypertension veineuse généralisée), des arthritiques, des vieux bronchitiques sont connues.

La compression sur les vaisseaux iliaques des grossesses, des tumeurs pelviennes, le port des ceintures ou de jarretières serrées les font apparaître.

L'effort peut amener une rupture valvulaire; les traumatismes, fractures, écrasements, blessures de guerre, déterminent des sections veineuses, des anévrysmes artério-veineux, toutes causes de varices. La station debout immobile prolongée, l'exposition au

feu (cuisinières, blanchisseuses), les détermine également d'après certains auteurs.

2°) D'autres sont *Essentielles*.

Primitives en apparence; les vraies varices congénitales sont rares; ce que l'on voit surtout, c'est l'insuffisance valvulaire, latente dans le jeune âge, se démasquer chez l'adulte jeune comme apparaît une hernie congénitale, à la suite d'efforts additionnés. DELBET croit à l'action dominante de la valvule ostiale de la saphène interne dont la lésion déterminerait une surcharge de travail à la paroi veineuse abdominale; la démonstration en serait faite par le signe de DELBET. ALGLAVE et TERRIER voient la cause de propagation des varices dans les lésions des communicantes. Celles-ci possèdent des valvules ostiales profondes dont le rôle est de s'oblitérer au moment de la contraction musculaire des jambiers. Le courant sanguin dans ces veines, va de la périphérie à la profondeur, aspiré par la décompression se produisant entre chaque contraction musculaire, et qui transforme le muscle en une véritable éponge veineuse. Les communicantes, leurs valvules forcées seraient soumises à un véritable « coup de bélier » musculaire (DELORE), dû à la chasse sanguine lors de la contraction; elles deviendraient peu à peu variqueuses, surchargeant la saphène que leurs lésions envahiraient par leurs points d'émergence dans ce vaisseau.

SICARD, SÉZARY, placent les causes des varices dans

une viciation de certaines sécrétions endocriniennes : viciation de la sécrétion testiculaire ou ovarienne, troubles hypophysaires.

DELATER pense aussi que la maladie veineuse est un aboutissant d'un état pathologique général, et il a tenté de montrer que la formation des varices avait pour origine l'insuffisance veineuse progressive. Il explique que l'action propulsive des veines existe normalement; que suivant le mot d'HUCHARD et RENAUD, elles forment un « *cœur périphérique* » reprenant le sang des capillaires où la Tension Artérielle est tombée, et remontant la tension du sang apporté. Le tonus veineux est conditionné par la contractilité de sa fibre et par l'innervation de cette dernière venue du sympathique. Une maladie générale modifiant le sympathique, les sécrétions internes, le tonus veineux, cherchera à s'augmenter par hypertrophie de ses fibres. Le sympathique se lésant à son tour, l'insuffisance veineuse l'emporte et la varice est constituée.

La théorie qui voit dans les varices la cause des ulcères variqueux s'appuie sur ce que l'on rencontre très souvent ceux-ci sur un membre porteur de dilata-tions veineuses, et où sous l'influence d'un traumatisme léger, d'une poussée d'eczéma, d'une simple excoriation, va apparaître une petite ulcération bientôt infectée par les germes tégumentaires.

c) THÉORIE LYMPHATIQUE.

BRANN, de Berlin, a décrit l'ulcère de dénutrition ou de stase, il refuse aux varices qui peuvent être conco-

mitantes de le déterminer. Il en voit l'origine dans une stase lymphatique qui donnerait une dénutrition générale du membre. Il les distingue des ulcères syphilitiques et diathésiques en ce que ces derniers se produisent sans œdème préalable en un point quelconque de la jambe ou de la cuisse; mais ils peuvent alors s'accompagner d'inflammation et de stase lymphatique, si bien que l'image clinique de cet ulcère dit de dénutrition s'apparente tellement à eux, que leur diagnostic devient extrêmement délicat à poser.

d) THÉORIE NEUROTROPHIQUE.

Elle fait de l'ulcère variqueux un trouble trophique d'origine nerveuse. Elle s'appuie sur des éléments cliniques et anatomiques.

Cliniquement on constate presque toujours des troubles sensitifs considérables au niveau de l'ulcération et de son pourtour. Ce sont, soit rarement de violentes douleurs à type causalgique, soit beaucoup plus souvent des troubles de la sensibilité qui est émoussée.

On constate souvent aussi des modifications tégumentaires : exfoliations tégumentaires, plaques d'atrophie blanche, pachydermisation, érythrocyanose.

Anatomiquement, l'histologie a montré l'apparition, sur le sciatique et ses branches, sur le nerf saphène interne, de névrite périfasciculaire, puis interstitielle. Récemment on a observé des lésions de dégénérescence cylindraxile sur les troncs nerveux des membres variqueux, et en opposition, l'intégrité des

fibres sympathiques contenues dans ces nerfs. On en a conclu à un déséquilibre entre le système cérébro-spinal et le système sympathique.

DELABTER fait de l'ulcère variqueux une affection conditionnée parfois par une stase des veines tégumentaires entraînant un réflexe dystrophique. Il envisage le cas où n'existent ni œdème important, ni varices apparentes, ne considérant pas qu'un ulcère soit la conséquence de varices profondes que DELBET et MOCQUOT ne reconnaissent pas. Voici le mécanisme qu'il invoque : les veinules infra-capillaires sous-épidermiques forment des veines intra-dermiques; celles-ci sont drainées par des vaisseaux un peu plus importants vers les troncs collecteurs qui forment eux-mêmes en se réunissant les veines du tissu cellulaire sous-cutané. Les troncs collecteurs hypodermiques sont bien contractiles, pendant que sur leurs veines d'origine le courant sanguin est ralenti, et des lésions histologiques de la paroi se marquent; cette stase des infra-capillaires et des intradermiques se traduit par une coloration rosée de la peau, une infiltration œdémateuse aux parties déclives, dans les régions les plus exposées à la pesanteur. L'encombrement tissulaire vient en premier. Il sera suivi d'une dilatation des troncs collecteurs. Ceux-ci se laissant forcer, détermineraient des troubles trophiques. A ceux-ci, dûs à la stase, vont s'adjoindre ceux dûs à l'altération veineuse et aux lésions des terminaisons nerveuses pariétales, qui peuvent déterminer aux points qu'elles innervent l'exagération des troubles trophiques.

De l'abondance des hypothèses, des arguments sur lesquels elles s'appuient, que peut-on penser ?

C'est, croyons-nous, qu'il ne faut pas faire la part trop grande à chacune d'elles; car si elles sont étayées sur des constatations certaines, il semble que l'on ait cependant bien souvent confondu la cause avec l'effet.

Ainsi l'athérome et l'artérite oblitérante sont loin d'être toujours constatés chez un sujet porteur d'ulcère variqueux. Les malades jeunes n'en sont pas atteints le plus souvent; ceux arrivant à la cinquantaine sont loin de le présenter automatiquement. Quant aux athéromateux, aux scléreux, ils sont le plus souvent variqueux (varices dues à la surcharge de travail veineux; ces vaisseaux drainent des capillaires un torrent sanguin très hypotendu) ou chargés d'une abondante stase lymphatique avec œdème important.

L'athérome qui les provoque en est la cause première, mais la cause efficiente semble se trouver dans la décompensation forcée de la circulation de retour.

La théorie lymphatique voit dans une stase lymphatique, sans œdème marqué, la cause de l'ulcère; le ralentissement nous semble pouvoir difficilement l'expliquer à lui seul. Dans une jambe à atonie généralisée, un œdème lymphatique local nuit évidemment à la nutrition des tissus environnants. La stase lymphatique détermine un ralentissement des échanges tissulaires, tant par sa vitesse moindre que par sa saturation possible en produits de désintégration. Mais de plus elle donne par compression de voisinage

un ralentissement du courant sanguin capillaire et veineux, et leurs retentissements neurotrophiques. Cependant, on peut croire que devant un ulcère siégeant sur une grosse jambe sans varices apparentes, l'action de la stase lymphatique est importante.

La théorie veineuse emporte généralement les faveurs. Témoin en est le nom de l'ulcère. Elle explique dans ses détails la formation de l'ulcère à tous les stades des lésions veineuses : insuffisance veineuse de DELATER, varices dilatées mais bien contractiles de DELBET, varices confirmées, périphlébites, troubles post-phlébitiques. Cependant, il semble bien qu'elle ait des connexions étroites avec les lésions nerveuses.

La théorie neurotrophique ne se suffit pas à elle seule. Les syndromes qu'on lui accorde de déterminer, mis à part l'Erythrocyanose, ne semblent pas lui être uniquement dûs. Ainsi, les dégénérescences du sciatique et du saphène interne semblent causées par la compression de varices intra-nerveuses; quand les varices sont minimales, la stase veineuse, les lésions d'atrophie cutanée qu'elle détermine, et le réflexe dystrophique qui les exacerbe semblent bien partir d'une paroi veineuse lésée, et non déterminée d'emblée par le nerf. Enfin les lésions de dégénérescence des troncs nerveux avec intégrité de leurs filets sympathiques paraissent être sous la dépendance d'une cause générale, que l'on arrive plus ou moins souvent à isoler.

D'autrefois encore, l'état général du sujet rentre dans l'étiologie. L'insulinothérapie, l'opothérapie tentées dans les traitements de l'ulcère, montrent certai-

nes directions suivies. Les hépathiques, les diathésiques, les intestinaux, les athéromatheux, les sympathicotoniques font des lésions ulcéreuses. Nous ne citons que pour mémoire les hyposystoliques et les néphrétiques chez lesquels l'origine de la maladie locale est une stase mécanique.

Et il apparaît que l'ulcère variqueux s'installe :

chez des déficients généraux où la nutrition est viciée, chez des déficients locaux à insuffisance valvulaire héréditaire, porteurs de maladies veineuses qui évoluent vers l'aggravation, traumatisés du membre inférieur, où le phénomène efficient capital est également une mauvaise nutrition.

Quelque soit l'Étiologie invoquée, on en revient toujours à une déficience nutritive des téguments; il est vraisemblable du reste que dans l'immense majorité des cas, les causes en sont connexes, nous n'en voulons pour preuve que l'apparition simultanée des différents troubles trophiques que l'on rencontre très souvent, dont l'étiologie n'est pas conditionnée seulement par un seul système.

•

CHAPITRE III

METHODES CLASSIQUES DE TRAITEMENT DES ULCERES VARIQUEUX.

Les médecins et les chirurgiens ont préconisé dans la thérapeutique des ulcères variqueux, de nombreux traitements; on peut les diviser en traitements médicaux et traitements chirurgicaux. Mais de par les théories générales employées, les unes retiennent les malades au lit, les autres leur permettent de marcher. C'est pourquoi nous adopterons une classification comprenant :

- 1°) Les traitements non ambulatoires.
- 2°) Les traitements ambulatoires.

Les Traitements non ambulatoires

Ils comprennent les procédés médicaux et les procédés chirurgicaux.

a) PROCEDES MEDICAUX

Ils peuvent se diviser en traitements locaux et traitements généraux.

1. TRAITEMENTS LOCAUX.

Ils seront répartis selon leurs propriétés en Physiques, Chimiques et Biologiques.

a) *Procédés Physiques.* — On a utilisé :

L'application d'Air Chaud.

L'Irradiation de l'ulcère par des rayons ultraviolets.

L'Étincelage sur la zone.

La Diathermie, ou une électrode est plantaire, l'autre crurale.

b) *Procédés Chimiques.* — Une énumération complète en serait fastidieuse; nous citerons simplement les produits les plus couramment employés à l'heure actuelle.

Pansements au vin aromatique.

Pansements antiseptiques :

au permanganate de potasse.

à la teinture d'Iode.

à l'eau d'Alibour étendue.

à la pommade au Collargol.

à l'oxyde jaune de Mercure.

à la pommade d'Alibour.

à la pommade de Darier.

à la solution de cristal violet au 1/100°.

Attouchements :

avec des solutions de nitrate d'argent au 1/300°
(SÉZARY).

au crayon de nitrate d'argent ou au crayon de zinc.

Applications :

à l'emplâtre de Vigo.

au Baume du Pérou.

à la poudre de noir animal.

à la poudre de sous-carbonate de fer.

c. — *Procédés Biologiques.* — On a également constaté de bons résultats avec l'applicaton de poudres ou de pommades à l'Insuline; le Bactériophage se serait révélé efficacement (BIZARD, MARCELOU et ROSENTHAL); le ferment lactique également.

2. TRAITEMENTS GÉNÉRAUX.

Ils viennent épauler de leurs résultats les traitements précédents.

a. — L'Insuline injectée à la dose de 10 à 15 unités quotidiennes, et ceci pendant plusieurs semaines, sans danger pour le malade, détermine la guérison parfois très rapides d'ulcères variqueux.

b. — VAQUEZ et GLEY ont insisté sur l'opothérapie pancréatique totale dont certaines substances agiraient électivement sur les troubles trophiques; ils pensent qu'ils sont dus à des troubles trophiques d'origine endocrinienne.

c. — SÉZARY et GAUGIER ont recommandé l'opothérapie pluriglandulaire.

d. — Tixier a signalé la bienfaisante action du propidon chez les malades où l'infection traîne un peu. Cette association de la vaccinothérapie à un traitement local semble agir nettement soit directement, soit en renforçant l'action de l'antiseptique.

e. — La palme de ces traitements semble revenir à l'acétylcholine qui, en injections sous-cutanées, à la dose de 10 centigrammes par jour, donne d'excellents résultats et la cicatrisation complète.

Les procédés physiques et chimiques que nous venons d'énumérer s'attaquent à l'ulcère. Ils n'en combattent pas la cause première, la déficience générale de la circulation du membre et ses troubles trophiques. Traités par ces méthodes, les ulcères guérissent; mais la guérison que l'on obtient, dans les trois quarts des cas environ, au prix de soins minutieux s'étendant sur de longues semaines, souvent de longs mois est éphémère; bien souvent, on voit l'affection — le malade ayant repris ses occupations — récidiver au même point ou dans la zone limitrophe de téguments fragiles; soit spontanément, soit à l'occasion d'un léger traumatisme. Traitée par le repos, on a constaté aussi des guérisons; là, le résultat demande encore un long laps de temps.

Et il apparaît que le facteur repos est le principal, pour ne pas dire la totalité du traitement; l'application médicamenteuse ne semble avoir qu'une action adjuvante. Un de nos maîtres ne va-t-il pas jusqu'à dire : « *Mettez-les au lit et ils guérissent tout seuls* ».

Examinons maintenant l'action des procédés généraux qui tentent de modifier le terrain sur lequel évolue l'ulcère.

Les vaccins se révèlent efficaces; mais ils sont associés à un traitement local et au repos. Agissent-ils directement, ou renforcent-ils l'action de l'antiseptique ? On ne pourrait conclure avec certitude.

L'Insuline favorise la cicatrisation par l'intermédiaire du métabolisme des hydrates de carbone, ce qui permettrait aux éléments cellulaires une meilleure utilisation de leurs sucres. Dans ce traitement général, de bons résultats existent, mais ils sont irréguliers. De plus, le malade est mis au repos. (Nous avons placé parmi les traitements locaux, les pansements à l'Insuline, recommandés par AMBARD et PAUTRIER, car ils n'ont qu'une action purement locale (ADELERSBERG et PEINTZ); cette action est due à l'acidité de la solution d'Insuline employée et non à l'Insuline elle-même (NATHAN et MUNCK). L'on retombe ici dans le traitement local).

L'opothérapie pancréatique totale et l'opothérapie pluriglandulaire agissant sur les troubles trophiques et veineux, ont une action bienfaisante sur la cicatrisation. Ils ne sont donnés que comme traitement de fond et associés aux soins locaux et au repos.

La palme des traitements généraux semble certainement revenir à l'acétylcholine : elle agit sur les artères atteintes d'artérite oblitérante; elle tonifie les fibres lisses veineuses; elle est anti-spasmodique par son action excitomotrice du para-symphatique;

actions dont les bienfaits sur la cicatrisation de l'ulcère variqueux réunissent trois indications. Mais cependant, tout en écourtant le traitement, elle oblige à un traitement local et au repos.

b) PROCEDES CHIRURGICAUX

Riche en méthodes, le traitement chirurgical comme le traitement médical, montre par la diversité de ses techniques leur médiocrité fréquente.

Beaucoup n'ont pas donné les résultats attendus. Celles qui réalisent totalement les indications opératoires sont complexes. Leurs promoteurs ont tenté de s'attaquer tant aux varices qu'à leurs complications.

Comme d'autre part la pathologie des ulcères est connexe à celle des varices, nous allons exposer les traitements chirurgicaux des varices avant ceux des ulcères variqueux.

PROCEDES DIRIGES CONTRE LES VARICES

Nous les classerons suivant leur ordre de complexité croissante qui montre le mieux le développement de la thérapeutique chirurgicale.

La première idée qui vint à l'esprit fut de soulager les veines déficientes du poids de la colonne sanguine et des à coups de la pression abdominale. Nous allons voir quelles furent les différentes techniques suivies.

a) RESECTION LIMITÉE ENTRE DEUX LIGATURES

On lie la saphène interne et on la sectionne entre deux ligatures à l'union des 2/3 supérieurs et du 1/3 inférieur de la cuisse.

CHAMPIONNIÈRE en 1880, SCHWARTZ en 1888 suivent ce procédé. TREDELEMBOURG le reprend et le divulgue en 1890. Parmi les opérateurs qui le suivent, PARONA préconise en 1894 la ligature de la veine poplitée, car pour lui les troubles ne proviennent pas des veines superficielles, mais des veines profondes. ROBINSON pratique la ligature des grosses collatérales de la saphène et non du tronc lui-même.

Au congrès de chirurgie de 1910 JEANNEL estime cette méthode insuffisante. Dans les quelques mois qui suivent l'opération, il ne trouve que 57 % de cas satisfaisants.

b) RÉSECTIONS ÉTAGÉES

TREDELEMBOURG en 1895, SCHWARTZ en 1898 adoptent ce procédé qui leur semble plus efficace. Ils pratiquent soit plusieurs résections fragmentaires de trois ou quatre tronçons veineux au niveau des bosseures vaiqueuses, soit trois ligature, au-dessous du condyle, au-dessus de lui et à la partie moyenne de la cuisse.

SCHWARTZ ajoute la section de longs lambeaux cutanés; ils rétrécissent le manchon de la peau et forment un bas naturel. Il trouve 57 guérisons sur 83 cas. Des récidives sur les grosses perforantes peuvent survenir, si la résection n'a pas emporté leur embouchure dans la saphène.

Nous arrivons à cette phase du traitement chirurgical où, les uns attribuant les varices à la pression de la colonne sanguine, d'autres à la propagation variqueuse des communicantes à la saphène, s'y attaquent par la destruction totale de la saphène.

c) DESTRUCTION TOTALE DE LA SAPHÈNE.

On la pratique selon différents procédés.

« *Extirpation par le procédé de Terrier et Alglave* » elle fut préconisée par les auteurs en 1906. L'incision va de la crosse de la saphène jusqu'à la malléole interne; soit de bout en bout, soit en laissant au niveau du genou un pont cutané afin que la cicatrice ne gêne pas l'extension, et ne s'ulcère pas secondairement par les frottements. La veine est résséquée de haut en bas, chemin faisant on lie collatérales et perforantes. Jeanneel trouva en 1910 95 % de succès.

« *Extirpation par le procédé de Narath.* » En 1906 également l'auteur conseille de pratiquer une série de boutonnières le long du trajet veineux. On isole la saphène, on l'attire, à la sonde cannelée, on l'extraie de boutonnière en boutonnière, la glissant sous les ponts cutanés. On lie ou on extirpe les collatérales suivant la même technique.

« *Extirpation par le procédé de Babcock* ». L'opérateur incise la veine au triangle de Scarpa. Il y enfonce un mandrin qu'il fait cheminer de haut en bas dans la lumière du vaisseau, jusqu'au 1/3 inférieur de la jam-

be. A ce niveau, par une nouvelle incision, il isole la saphène, la lie solidement sur le mandrin qu'il attire à lui par l'orifice supérieur. La veine est extirpée, arrachant ses collatérales où l'hémostase se fait spontanément. Les contre-indications de la méthode sont les gros paquets variqueux qui ne permettent pas l'hémostase. Fredet opère en introduisant son mandrin de bas en haut.

« *Discision par le procédé de Klapp* ». On fait de nombreuses petites incisions cutanées sur le parcours de la veine. Par ces crifices, on introduit un ténotome et on hache la saphène. L'hémostase est obtenue secondairement par l'élévation du membre et compression.

« *Leclercq* » de Dijon, a signalé une technique dans laquelle il extirpe la portion crurale de la saphène; puis dans la lumière de la veine sectionnée, il pratique une injection de 20 à 30 c. c. d'une solution de chlorure de sodium à 20 % qui sclérose le réseau veineux jambier superficiel. Il recommande ce procédé sur les jambes à lacis veineux compliqués et à mauvaise peau.

Ces différents procédés de destruction de la saphène ont pour but de délivrer systématiquement le réseau veineux superficiel du membre de son tronc le plus généralement touché. Nous verrons tout à l'heure, ce qu'il est permis d'en penser.

d) INTERVENTIONS A BUT PHYSIOLOGIQUE

Envisageons maintenant les techniques mises en œuvre pour conserver ce réseau malade. Le principe en est de le renforcer artificiellement sur ses deux points faibles, valvules et textures.

« *Une valvule artificielle* » a été créée par JANIU, par invagination. Difficile, sanctionnée par des résultats douteux, cette méthode n'est pas utilisée en France.

« *L'anastomose saphéno-fémorale* » de PIERRE DELBET repose sur le principe de suppléance valvulaire.

La fémorale superficielle possède trois paires de valvules, valvules qui restent en général bonnes chez un sujet à saphène variqueuse. On abouche alors la saphène à la fémorale superficielle au-dessous de l'insertion des valvules. Dans le membre traité, la colonne sanguine ne subit pas la pression abdominale, ni surtout ses variations.

PROCEDES DIRIGES CONTRE L'ULCERE

Contre l'ulcère on avait d'abord tenté les greffes. Leurs résultats n'ayant pas donné satisfaction on essaya la saphenectomie totale qui donna quelques résultats excellents. Puis on tenta d'intervenir sur le sympathique; les statistiques ici s'améliorent. LERICHE eût alors l'idée d'avoir une action combinée où il alliait la saphenectomie à la sympathectomie et à la greffe.

a) LES GREFFES. On employa d'abord les « *autoplasties* » à glissement ou à lambeaux à l'Italienne, ou encore à lambeaux tubulés. Mauclaire en a publié quelques réussites, mais elles ne sont plus utilisées.

Les greffes libres ont été plus employées, greffe épidermique d'OLLIER-THIERSCH. Elles donnent des guérisons, mais la cicatrice est mince, fragile, exposée aux récidives. La greffe cutanée totale d'HALSTED-DAVIS la greffe en godet d'Alglave ont donné de meilleurs résultats.

Autrefois toutes ces greffes étaient utilisées sans adjuvant. Elles échouaient souvent. Leur abandon était quasi total quand surgit la sympathectomie.

Comme nous le verrons dans la troisième partie de ce paragraphe, l'association de la greffe à d'autres interventions semble être satisfaisante.

b) LA SYMPATHECTOMIE. Depuis longtemps on pratiquait auprès de l'ulcère des incisions qui allaient jusqu'à l'aponévrose jambière-superficielle. Elles isolaient l'ulcère de ses connexions vasculonerveuses tégumentaires. C'est pourquoi nous les classons parmi les interventions sympathiques, quoique leurs résultats avaient été attribués autrefois à des sections veineuses. Puis on envisagea la sympathectomie élective, sectionnant le nerf saphène interne, détruisant le sympathique pérfémoral.

« *Incisions Périulcéreuses* ».

De types nombreux, on reconnaît principalement :
L'incision circulaire péri-ulcéreuse de DOLLEAU.

La double incision longitudinale encastrant l'ulcère de VALLIS.

La double incision de MORESCHI. Elle consiste en deux incisions circulaires, l'une au dessous des malléoles l'autre au-dessus de l'ulcère qui se trouve ainsi isolé des veines et des nerfs superficiels du réseau jambier.

Une variante de ce traitement est le procédé de la jarretière de RECLUS. Il consiste à ne faire qu'une incision jusqu'à l'aponévrose au niveau de la jarretière. On sectionne ainsi toutes les veines et tous les nerfs. On excise un lambeau cutané circonférenciel et on réunit avec un léger décalage pour éviter toute anastomose. Il semble que cette intervention agisse à la fois par son action sur la circulation veineuse et par celle qu'elle peut avoir sur les filets nerveux du nerf saphène interne et sur les terminaisons nerveuses superficielles du sympathique.

c) « LA SYMPATHECTOMIE ÉLECTIVE ».

« *La section du nerf saphène interne* » due à PROUST et à DE NABIAS consiste à sectionner la branche jambière, ou le tronc nerveux au canal de Hunter. L'ulcère se cicatrise mais les récurrences sont fréquentes.

« La sympathectomie périfémorale » fut préconisée par ECOT dans sa thèse de 1922. MATHEY-CORNAT et BARDON en poussent l'étude en 1929. Ces auteurs ont obtenu des résultats rapides, la cicatrisation se produisant entre 6 et 35 jours.

« DOPPLER », de Vienne, obtint des résultats sembla-

bles par section chimique du sympathique à l'aide d'un d'un badigeonnage de la gaine vasculaire au triphénol.

Mais les résultats éloignés ont déçu les espérances. LERICHE, lui-même, rejette l'application absolue de cette méthode. « Certes, dit-il, on doit garder la sympathectomie préfémorale pour obtenir rapidement la cicatrisation d'un ulcère rebelle, mais ce résultat doit être suivi d'une opération sur les varices. C'est un principe formel de thérapeutique chirurgicale d'aller toujours droit à la lésion causale et de ne se contenter d'opération indirecte que quand on ne peut faire mieux. »

Individuellement, les méthodes que nous venons d'énumérer ne réalisent pas le traitement chirurgical idéal. Au congrès de chirurgie de 1927, Leriche propose une combinaison d'interventions que nous allons envisager maintenant.

PROCEDES COMBINES

Ils s'appliquent à combattre la majorité des causes de l'ulcère. L'ulcération est entretenue principalement par la stase consécutive aux varices, et à quoi viennent s'ajouter : l'œdème, l'infection, la sclérose, le dérèglement vaso-moteur, l'artérite oblitérante.

Les résultats à suites éloignées satisfaisantes dont les méthodes isolées de Terrier, d'Alglave, de Pierre Delbet, d'Ecot nous parlent, se rencontrent, dans la majorité des cas, pour un ulcère récent à peau avoi-

sinante encore souple, qui guérit après la première intervention; conditions malheureusement rarement réalisées dans la pratique où l'on trouve plus couramment l'ulcère ancien, infecté, scléreux, entouré d'une peau modifiée, siégeant sur une nappe d'œdème.

Pour que ces ulcères guérissent chirurgicalement, il faut, comme l'a dit Leriche, un traitement complexe, pratiqué en deux ou trois temps opératoires rapprochés, comprenant :

La sympathectomie périfémorale,

La greffe,

L'ablation des varices,

Ainsi sont successivement traités les trois gros facteurs d'entretien de l'ulcère.

« La sympathectomie » améliore la circulation locale, décongestionne les tissus, accélère la nutrition, active la régénérescence tissulaire.

« La greffe » apporte sur l'ulcération une peau saine épaisse, dont le lit est préparé par la sympathectomie.

« La saphenectomie » supprime en grosse partie la stase veineuse.

Tentons maintenant de conclure.

LES VARICES s'opèrent avec résultat. Mais des méthodes que nous venons d'exposer, peu ont survécu, elles posent, pour la plupart, des indications précises. Ce sont :

L'excision des paquets isolés; pratiquement, c'est s'attaquer au premier symptôme d'un processus. L'Ablation ne donne que des résultats médiocres; par

la suite, d'autres varices se présentent dans la région avoisinante.

La Saphénectomie totale. On applique surtout les procédés de Babcock et de Terrier-Alglave. Le dernier semble devoir remporter les suffrages par la scrupuleuse ligature des perforantes qu'Alglave recommande mais il semble logique de ne l'appliquer qu'à une saphène dilatée, drainant des varices abondantes et volumineuses, et sur un sujet à peau relativement en bon état.

L'anastomose Saphéno-Fémorale de Delbet donne de bons résultats, comme l'a montré Pineyre. Mais elle demande à être pratiquée sur des adultes jeunes, vigoureux, à peau saine, sur un réseau variqueux jeune, contractile, à la première période de son évolution.

LES ULCÈRES guérissent difficilement par les gr ffs.

La Saphenectomie totale de Terrier et Alglave pratiquée contre les varices a été tentée avec résultat sur des jambes qui présentaient conjointement des ulcères variqueux. Elle demande, si on opère sur un terrain local infecté, une période de désinfection rigoureuse de l'ulcère avant l'intervention, et l'immobilisation pendant ce temps. Après l'intervention elle expose aux désunions, aux sphacèles. Plus tard encore, elle peut déterminer des lésions ulcéreuses de la cicatrice, des névromes déterminant des douleurs violentes à type causalgique. Certains auteurs ont exposé que le traitement chirurgical des varices ne doit s'appliquer que sur une jambe à peau saine, à fortiori sur une

jambe ulcéreuse infectée. De sorte que cette méthode ne nous semble répondre qu'à un ulcère jeune, non infecté, dont la peau avoisinante est encore souple.

Le Procédé de la jarretière n'a pas donné les résultats qu'on espérait de lui. La cicatrisation est rare; faite, 50 % des cas récidivent d'après Leriche.

De même l'opération de Proust et de Nabias les récidives sont nombreuses. Sur 20 cas traités, Nabias publie 11 guérissons et 9 récidives.

Les Sympathectomies périfémorales, chirurgicale de Leriche, au triphénol de DOPPLER ont donné d'excellents résultats immédiats. Mais les résultats éloignés sont très médiocres. L'ouvrage de MATHEY-CORNAT (Chirurgie du Sympathique Périartériel des membres) montre 70 % de récidives dans la première année, et de nombreuses ultérieures sur les 30 % de reste.

La combinaison de la Saphénectomie totale, de la sympathectomie périfémorale, de la greffe, semble l'intervention de choix. Ses trois temps répondent aussi bien que possible aux perturbations circulatoires du membre.

Elle s'applique à la foule des ulcères anciens, infectés, encadrés et reposant sur un tissu scléreux. Mais si elle est applicable à tous les malades, s'ils peuvent tous supporter la greffe à l'anesthésie locale, plus difficilement la sympathectomie, la saphénectomie exige une anesthésie rachidienne ou une anesthésie générale et leurs conséquences. La prudence conseillera d'en ôter le profit aux obèses, aux néphrétiques, aux hyposystoliques, aux pulmonaires.

L'anesthésie se passant au mieux, se pose le problème de l'immobilisation. Le sujet garde le lit de une à deux semaines avant l'intervention pour décongestionner le membre et désinfecter l'ulcère; on pratique la greffe, la sympathectomie, dans la même séance ou à huit jours d'intervalle; enfin la saphenectomie. Au total, deux mois environ d'immobilité. Certains malades refuseront de ce fait l'intervention. D'autres, tousseurs, bronchitiques, vieillards, candidats à la congestion pulmonaire, se la verront refuser. Viennent les suites locales: malgré la préparation de l'acte chirurgical, malgré la sympathectomie le terrain est peu favorable. On a rencontré des désunions partielles, des sphacèles étendus.

Ainsi la Saphenectomie de Terrier-Alglave peut s'appliquer à un sujet jeune présentant un ulcère récent sur une jambe à peau saine.

Saphenectomie, Sympathectomie et Greffes peuvent s'appliquer à des individus résistants, sans contre-indications opératoires. Mais elles ne nous paraissent pas sans danger locaux chez des individus porteurs de vieux ulcères sur une jambe à troubles trophiques étendus. Enfin, mettant à part les contre-indications formelles, beaucoup de malades présentant un gros ulcère sont des individus peu résistants.

Jusqu'à présent, les traitements chirurgicaux n'ont pas donné tous les résultats qu'on attendait d'eux. La sympathectomie fit naître de grands espoirs; associée à la saphénectomie et à la greffe, elle semble devoir donner de bons résultats.

LES TRAITEMENTS AMBULATOIRES

Ils consistent à soigner l'ulcère tout en permettant au malade de conserver son activité.

En dehors de leur avantage social, ils ont un avantage thérapeutique incontestable. Et BOYER, en 1840, dans son mémoire à l'Institut disait : « Le but que se propose le chirurgien dans le traitement des ulcères de jambe est la formation d'une cicatrice assez solide pour résister aux tiraillements provoqués par les mouvements de la jambe. Or quand on traite un malade en le laissant au lit, il se forme une cicatrice sur des parties immobiles, dès que le malade peut marcher, les plans sous-jacents qui sont tous musculaires, impriment à cette cicatrice des tiraillements qui la rompent, au bout de peu de temps. Quant au contraire on traite le malade en le faisant marcher la cicatrice se forme sur des parties qui se meuvent pendant sa formation, de sorte qu'elle n'est complète que lorsqu'elle peut résister aux mouvements imprimés. » Si cette citation est ancienne, elle ne semble pas avoir vieilli, témoin en sont les diverses méthodes qui s'attaquent à l'ulcère par la mobilisation. Nous les distinguerons, suivant qu'elles emploient ou non un appareil de marche en deux groupes. Dans le premier, nous placerons celles basées sur la correction de la circulation et son retentissement sur l'ulcère par les traitements mécaniques, dans le deuxième celles qui traitent les varices par procédé des injections sclérosantes intraveineuses.

A) TRAITEMENTS MECANIKES.

Ces méthodes sont basées sur un procédé fort ancien. Les Arabes l'appliquait. AMBROISE PARÉ, FABRICE DE HILDEN, BENJAMIN BELL l'avaient reconnu efficace. UNDERWOOD, en 1787, propose dans le traitement des ulcères de jambe l'emploi de bas lacés comprimant sur l'ulcère une plaque de plomb.

BAYNTON, en 1797, établit un pansement; avec des bandes de diachylum, de 2 à 3 centimètres de large, et dont la longueur faisait une fois et demi le tour de la jambe, il entourait le membre depuis la racine des orteils jusqu'au genou. Il appliquait ses bandes, faisant croiser leurs extrémités devant l'ulcère, et les imbriquait les unes les autres.

SACRESTE, en 1884, préconise la compression élastique.

Puis on arrive à UNNA : après nettoyage, savonnage minutieux de la plaie, dégraissage à la potasse étendue, il badigeonnait le membre autour de la plaie avec une colle composée, de formule :

Oxyde de zinc.....	20 g.
Gélatine purifiée	40 g.
Glycérine	30 g.
Eau distillée.....	80 g.

Il appliquait la colle avec un pinceau, et la maintenait par un pansement compressif fait de bandes de farlatane.

Cette méthode donne de bons résultats; elle fut modifié ou inspira d'autres bottes.

REYNAUT dans sa thèse (Paris 1900) recommande un appareil ouaté sillicaté qui comprimait le membre.

MAURY (Thèse Paris, 1902) rechercha l'élasticité et appliqua sur des bandes qui entouraient le membre une colle dérivée de la formule de Unna :

Oxyde de zinc.....	20 g.
Gélatine blanche.....	25 g.
Glycérine	50 g.
Eau distillée.....	90 g.

Il obtenait une cicatrisation en deux mois environ.

THOMAS, en Amérique, s'inspira de cette technique et modifia la préparation; il recommandait l'emploi de :

Oxyde de zinc.....	} a. a. 20 g.
Gélatine pure	
Glycérine	} a. a. 40 g.
Eau distillée.....	

NOUGIN propose d'utiliser directement sur les Landes la colle de UNNA.

AUDIBERT et FOUQUET ajoutent à la colle de UNNA du silicate de potasse ou de l'amidon suivant la consistance de la botte qu'ils désirent obtenir :

Gélatine	} a. a. 10 g.
Oxyde de zinc.....	
Amidon	
Glycérine	} a. a. 40 g.
Eau	
Silicate de potasse.....	100 g.

GUILLERMET, à la consultation de Lariboisière utilisait une colle composée de :

Amidon	}	a. a. 20 g.
Oxyde de zinc.....		
Gélatine		
Glycérine	}	a. a. 100 g.
Eau distillée		

Depuis Unna, ces méthodes donnent en général de bons résultats. Elles ont une action mécanique sur la circulation de retour, et par ce mécanisme déterminent souvent la cicatrisation de l'ulcère.

LÉO LANDES répand sur l'ulcère un pansement à la « crème de Vienne » :

Huile d'amandes.....	140 g.
Eau de chaux.....	} a. a. 60 g.
Oxyde de zinc.....	
Biborate de soude.....	40 g.

et entoure la jambe par un pansement fait de bandes de tarlatane.

BOURGRAFF, dans son traitement ambulatoire adjoint à la compression du membre par une bande élastique l'application de pommades, l'une destinée à l'ulcère, l'autre à la dermite environnante.

Récemment, des auteurs belges et italiens ont proposé : un pansement semi-compressif, autour du pied et de la jambe, appliquant étroitement contre l'ulcération une éponge de caoutchouc.

B) INJECTIONS SCLEROSANTES

La pratique de cette méthode est ancienne, elle commença par des injections de perchlorure de fer, mais les accidents que cette solution amena la firent tomber dans l'oubli.

Il faut en arriver à SICARD et GAUGIER qui l'appliquèrent, souvent avec succès au traitement des varices pour en trouver une application sur une grande échelle. Ayant remarqué les scléroses veineuses qui surviennent parfois à la suite d'injections médicamenteuses dans la lumière du vaisseau, ils se proposèrent de déterminer une phlébosclérose par des produits appropriés. Les solutions employées sont plus ou moins concentrées et varient avec les auteurs qui ont tenté cette méthode. Citons le salicylate de soude chimiquement pur à 20, 30, 40 %; les sels de quinine et d'urée; le sérum hypertonique à 20 %, la glycérine pure, la glycérine diluée; l'éther sulfurique; morphuete de soude; benzoate de soude.

Ayant sclérosé les veines variqueuses, on tenta de s'attaquer par elles aux ulcères. Mais ici se posent d'emblée des contre-indications; cette méthode doit être refusée :

A tous les anciens phlébitiques, car l'injection détermine toujours une poussée de phlébite, qui alite le malade pendant deux ou trois semaines ;

A tous les sujets d'âge avancé ;

Aux hypertendus ;

Aux pléthoriques ;

Aux femmes gravides ;

Aux sujets atteints d'artérite oblitérante :

De plus, elle est impraticable :

sur des varices superficielles, fines, diffuses, abondantes,

sur un membre œdématié, à téguments lardacés, pigmentés.

Son champ d'action se trouve ainsi considérablement réduit; car les cas ulcéreux que nous venons de citer sont la grosse partie des formes de l'affection.

Sicard en a publié de bons résultats ; d'autres auteurs les trouvent inconstants. Il faut se souvenir que les injections sclérosantes n'empêchent pas les varices voisines d'évoluer, ne mettent pas à l'abri de récives ulcéreuses, sans citer les cas de récives variqueuses. Leurs indications nous paraissent très restreintes et sans aller jusqu'à l'intransigence de BASSET (Résumé de la discussion sur les varices, Société nationale de Chirurgie, 1933), qui refuse à tout ulcéreux l'injection sclérosante, nous pensons que leur application majeure est : l'ulcère petit, bien limité, siégeant sur un petit paquet variqueux, chez un sujet jeune, le plus souvent dans un but esthétique.

Enfin, certains auteurs ont pensé agir sur l'œdème par une botte et sur l'ulcère par des injections sclérosantes. Les résultats de cette combinaison sont restés médiocres.

CHAPITRE IV

PROCEDE PERSONNEL DE TRAITEMENT DES ULCERES VARIQUEUX

On a à peu près tout tenté dans la thérapeutique des ulcères variqueux pour arriver à une cicatrisation et à une cicatrisation solide.

Les traitements médicaux semblent montrer que le repos est un facteur essentiel de guérison. Les procédés ambulatoires avec leurs succès souvent plus nets infirment ce principe. Les thérapeutiques générales ont mis en lumière la notion de l'atteinte coexistante de l'état général. L'évolution des techniques chirurgicales a peu à peu fait ressortir l'importance de troubles associés à l'ulcère que l'Anatomie Pathologique avait révélés. L'Étiologie et la Pathogénie s'en trouvent éclairées. Cet ensemble conduit à penser que le traitement logique de l'ulcère variqueux doit viser trois buts :

*s'attaquer à l'ulcère,
s'attaquer à la stase,
relever l'état général.*

PRINCIPE DU TRAITEMENT

A) IL S'ADRESSE A L'ULCÈRE PAR DES APPLICATIONS DE :

pommade à l'oxyde de zinc,
poudre de litharge,
pommade au sous-nitrate de bismuth,

et par le massage constant que ces produits exercent sur sa surface.

1) Les qualités antiphlogistiques et topiques de « *la pommade à l'oxyde de zinc* » :

Oxyde de zinc.....	10 g.
Vaseline	90 g.

sont suffisamment connues pour que nous ne nous y attardions pas.

2) « *La poudre de litharge* » ou oxyde de plomb, n'a pas fait l'objet de récentes études. Schroder, dans sa pharmacopée raisonnée (1698); Goulard, dans son traité sur l'usage du plomb (1760), vantent l'action de ce métal. Underwood (1787) applique sur l'ulcère une lame de plomb. Cooper et d'autres chirurgiens du XIX^e siècle reprennent cette méthode.

Récemment Lasker recommande l'emploi de la litharge. Nous l'employons parce qu'elle nous a semblé donner une cicatrisation plus rapide que tel autre produit. Et nous nous excusons de ne pouvoir nous en remettre qu'aux constatations cliniques, qui montrent un bourgeonnement actif.

3) « *La pommade au sous-nitrate de bismuth* » de formule :

Sous-nitrate de bismuth.....	4 g.
Amidon	50 g.
Oxyde de zinc.....	50 g.
Lanoline	60 g.
Huile de lin.....	36 g.

joint aux propriétés antiphlogistiques de l'oxyde de zinc l'action topique astringente du sous-nitrate de bismuth qui est très forte, et que compense le topique émollient qu'est l'amidon. Ici encore, la clinique montre combien son action cicatrisante est marquée. Mais il ne faudra l'employer qu'avec précautions, comme nous le montrerons plus loin.

B) LE POURTOUR DE L'ULCÉRATION SERA TRAITÉE PAR

la pommade à l'oxyde de zinc,
l'emplâtre simple du codex.

Nous avons déjà rencontré les propriétés de la première. Quant à *l'emplâtre du codex* :

Lanoline	} a. a.
Axonge	
Oxyde de plomb.....	

il tire son action de son oxyde de plomb. Il semble, par une action astringente et topique déterminer à la surface épidermique une desquamation de couches eczématisées, favorisant une bonne reconstitution épidermique. Appliqué sur les bords scléreux d'un

vieil ulcère il les ramollit, les nivelle, paraît les solubiliser. Puis, l'épiderme sain reconstitué, progresse vers le centre de la lésion, sous la forme d'une mince pellicule blanchâtre qui forme une auréole autour de l'ulcération. Cet épiderme jeune prend l'aspect adulte, et un nouvel anneau d'épiderme apparaît en dedans de lui.

C) ACTION SUR LA CIRCULATION DE RETOUR

Le pansement ambulatoire combat la stase.

Il est exactement appliqué sur la jambe. Par sa contension et sa légère élasticité, il maintient le membre comme une seconde peau.

Non seulement les téguments sont maintenus, mais ils sont soutenus.

Il contient les veines superficielles, et les empêche de se dilater par la stase.

Au cours de la contraction musculaire de la marche, il augmente la chasse circulatoire physiologique :

exprimant les vaisseaux tégumentaires par leur compression entre les masses jambières et la peau,

accélérant les circulations veineuses et lymphatiques superficielles et profondes par le même mécanisme.

L'Étiologie des ulcères variqueux nous a montré qu'ils étaient dus à une dénutrition tissulaire. Grâce à l'amélioration de la circulation de retour par cet effleurage simultané sur tout le membre, les bourgeons charnus sont mieux nourris et comblent l'ulcé-

ration. « L'appareil a accessoirement l'avantage de protéger des traumatismes ».

Pour que le pansement ambulatoire produise son effet maximum nous commandons au sujet de marcher, deux ou trois, ou quatre heures s'il est possible, en plusieurs reprises. Cet exercice détermine l'activation et la régularisation de la circulation de retour, à la fois par l'action du modelé, et par l'accélération et l'amplitude respiratoires, qui augmentent l'appel intrathoracique.

D) TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Bien souvent l'ulcère variqueux se présente chez des sujets atteints de maladies générales.

Les unes sont nettement apparentes comme la syphilis, l'hypertension, l'artério-sclérose, le diabète, les cardiopathies, le mal de Bright. Il va sans dire qu'elles recevront un traitement approprié.

D'autres sont plus frustres et devront faire l'objet d'un examen poussé pour les déceler ; telles les hyposécrétions endocriniennes. Elles seront sanctionnées par l'opothérapie pluriglandulaire ou l'extrait pancréatique total.

Les états sympathicotoniques demanderont l'emploi des antispasmodiques, de la gènesérine, de l'acétylcholine.

La déficience veineuse sera traitée par l'Extrait de Marron d'Inde, l'*Hydrastis canadensis*, l'Iode, les Extraits polyglandulaires, les Extraits de glandes génitales, la Crénothérapie.

Enfin, nous avons souvent constaté que chez des sujets où l'ulcère de petite taille, se cicatrisant très lentement, s'accompagne de douleurs violentes, l'action de l'acétylcholine est remarquable.

APPLICATIONS :

Le pansement qui fait l'objet de cette étude présente l'avantage de ne pas limiter ses applications aux ulcères courants siégeant sur un membre sans lésions concomitantes.

Nous passons sur *les lésions eczémateuses, les épidermo-dermites microbiennes* dont le traitement propre peut être mené parallèlement sans inconvénients; sur *les lichénifications*, protégées par l'appareil, et la *Dermato-sclérose variqueuse* qui régressent de par la meilleure nutrition cutanée.

Et nous arrivons aux affections que nous avons traitées, isolément, par le même procédé ambulatoire :

Les sciaticques variqueuses dont la guérison se conçoit aisément, puisque cette affection est déterminée par un trouble de la circulation de retour.

Les troubles post-phlébitiques, dont la stase est combattue avec succès.

Les phlébites variqueuses. Ici nous citons Lasker parlant du traitement ambulatoire de ces phlébites :

« En traitant les ulcus cruris, je m'appliquais à per-
« mettre au malade de marcher, par des pansements
« commodes et peu gênants et de ne les changer que
« suivant les besoins de la plaie et de la peau. Chaque

« praticien sait que l'ulcus cruris, de quelque provenance qu'il soit, dès qu'il est en traitement, n'est
« souvent pas un ulcère simple.

« Dans la plupart des cas on trouve autour de l'ulcère une zone inflammatoire infectée, souvent d'une
« étendue de plusieurs travers de doigts et qui est
« bien plus le siège de la douleur que l'ulcère lui-même. Se rendant compte par une palpation légère,
« on trouve généralement au-dessus ou en dessous
« de lui de petites veines enflammées qui convergent
« vers l'ulcère. Bien au-dessus de l'ulcère, on peut
« trouver aussi des cordons douloureux, sans continuité apparente formant pour ainsi dire une phlébite disséminée. J'ai constaté souvent qu'avec le
« traitement ambulatoire des ulcus cruris, la douleur, la congestion, la rougeur de la zone enflammée diminuaient et disparaissaient. Parfois l'inflammation des petites veines de la zone ulcérée persiste
« plus longtemps. Mais, jamais, jamais, je n'ai constaté pendant le traitement ambulatoire et malgré
« de lourds travaux, un accident d'embolie. »

Ce que notre pratique nous a montré confirme cette affirmation.

Certes dans ces cas, la phlébite variqueuse passe au premier plan, mais il faut pas oublier que l'infection veineuse a sa porte d'entrée à l'ulcère, et que son traitement local doit être rigoureux.

Les Périphlébites se recommandent du même traitement pour les mêmes raisons.

Nous avons coutume de placer sur la zone atteinte des compresses enduites d'une forte couche de pommade à l'oxyde de zinc recouverte d'huile à l'oxyde de zinc dont la formule est :

Talc	} a. a.
Oxyde de zinc.....	
Lanoline	
Huile d'amande douce.....	

remplaçant aisément les compresses humides antiphlogistiques et qui combattront également l'état sec et écailleux des téguments favorisant les érosions.

Pour être complet nous citerons que chez les malades syphilitiques nous avons traité des ulcères étendus, situés sur de mauvaises jambes, et où nous ne pouvions faire la distinction entre l'ulcère syphilitique et l'ulcère variqueux; qu'enfin, l'*ulcère syphilitique* banal guérit aisément par application d'iodoforme sur la lésion et la pose de l'appareil de marche.

TECHNIQUE GENERALE

DES PANSEMENTS

Le traitement ambulatoire s'adressant à tout ulcère variqueux, comme nous avons essayé d'en faire la démonstration, nous allons d'abord décrire son application sur un cas simple. Nous reviendrons par la suite sur son emploi au cours des différents troubles asso-

ciés, la technique générale étant la même. Il se fait en deux temps :

- 1) Soins de l'ulcère et de son pourtour ;
- 2) Application de l'appareil de marche.

Le malade est dans la position assise, le membre inférieur étendu horizontalement et appuyé par le talon à un support ; le pied est en flexion sur la jambe.

SOINS DE L'ULCERATION

DÉCAPAGE : On nettoie minutieusement la plaie et son pourtour à l'éther ; ce qui à la fois a un effet antiseptique et mécanique. Le pus recouvrant l'ulcération est enlevé, de même que les débris tissulaires, sources de surinfection ; les médicaments placés sur la lésion sont entièrement exclus. On pratique cette opération avec un jet. L'ulcère en est moins traumatisé que par une onction à la compresse dont nous réservons l'emploi à ses abords ; et en même temps il subit un massage léger, mais réel.

La peau du membre est nettoyée avec une huile végétale, des débris de papier cellulosique dont nous trouverons plus loin l'usage.

PANSEMENT DE L'ULCÈRE ET DE SON POURTOUR : Saupoudrage léger de l'ulcération et d'elle seule avec de la liharqe en poudre. Pour y arriver avec précision, nous pratiquons dans une bande fortement imprégnée d'emplâtre simple une fenêtre répondant à la surface de l'ulcère.

Au pourtour, on place sur la dermite sèche ou légèrement suintante cette feuille d'emplâtre dont nous venons de parler. Elle a pour but d'aviver la cicatrisation épidermique des bords de l'ulcère, et d'isoler la peau qu'elle recouvre des sérosités issues de la plaie. Le pertuis ménagé est recouvert d'une bonne couche de pommade à l'oxyde de zinc étendue sur trois ou quatre épaisseurs de gaze qui le déborde largement.

APPLICATION DE L'APPAREIL DE MARCHE

Il a la forme générale d'un sculpté, et est composé de bandes de cretonne de 35 centimètres de longueur moyenne, de 6 centimètres de large, qui ont été, à chaud, légèrement enduites d'emplâtre simple du codex sur une de leur face. (Elles peuvent être utilisées pendant une quinzaine de jours après leur fabrication). L'emplâtre a ici un rôle purement plastique ; il donne aux bandes une certaine rigidité, les empêchant de se plisser pendant la pose ; elles deviennent malléables comme une lame de caoutchouc, dont elles ont la consistance sans en posséder l'élasticité ; de plus il les rend adhésives les unes aux autres par leur surface en contact.

Le modelé prend le pied depuis la racine des orteils jusqu'à environ un centimètre au-dessous de l'extrémité supérieure du péroné, de manière à ne pas gêner la flexion de la jambe sur la cuisse.

Avant de l'appliquer, il faut enduire le coup de pied d'une couche de pommade à l'oxyde de zinc étendue sur trois ou quatre épaisseurs de gaze, afin d'éviter les frottements au pli de flexion du pied sur la jambe. Il faut également isoler la jambe et le pied de l'appareil par une couche de papier cellulosique, il détermine un capitonnage et donne par sa compressibilité une légère élasticité à l'ensemble.

D'autre part, placé en trois ou quatre épaisseurs au niveau de l'ulcère, il en aide le massage et contribue à absorber ses sérosités. Enfin il protège la peau si fragile de la crête tibiale.

L'appareil se fait en deux temps principaux : un modelé placé en premier, part de la base des malléoles et va à la racine des orteils; l'autre, remontant la jambe prend appui par sa première bande sur la bande proximale du précédent. Les bandes imbriquées se chevauchent l'une l'autre comme des tuiles d'un toit des $\frac{3}{5}$ environ.

On les place, leur face enduite d'emplâtre tournée vers le membre, leur partie moyenne au niveau des faces plantaire et postérieure du segment. On les applique en ramenant les deux chefs en avant, faisant chevaucher l'externe sur l'interne. C'est ici la partie délicate de la pose.

Le pansement doit être une seconde peau. Il ne doit exercer aucune compression, mais respectant exactement la forme de la jambe, il en épouse les contours, il se modèle sur elle. A aucun moment une bande ne doit trop serrer sur une portion de sa surface. Trop serré, le pansement sera une gêne, déterminera une douleur violente et ne sera pas supporté. Isolément, une bande trop serrée sur son champ entier déterminera une striction sur ses bords; trop serrée sur l'un de ses bords elle occasionnera une striction sur tout ce périmètre. En contre-partie, il ne faut pas modeler d'une façon lâche, telle que l'appareil balotte autour de la jambe : son action deviendrait nulle. Une seule bande appliquée avec une force moindre,

détermine sur la portion cutanée qu'elle recouvre une saillie qui est comprimée en-deçà et au-delà par les bords de ses voisines. Nous répétons ce point, car il est capital; le pansement qui a pour but de faire un effleurage constant, doit pour ce faire, être modelé sur la jambe, pour ainsi dire comme collé, peint sur elle. Nous avons personnellement constaté à nos débuts dans l'emploi de cette thérapeutique, la facilité avec laquelle une bande peut être mal posée. Et si les inconvénients se sont limités à la gêne, à la douleur, à un pli érythémateux, deux fois même, à une reprise heureusement passagère et rapidement enrayée d'une péri-phlébite, et à une crise de sciatique de dix-huit heures, chez des malades traitées pour ces affections suivant les mêmes principes généraux, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont, et doivent à tout prix être évités; car on les commet sur des jambes déjà fragilisées.

Un long entraînement venu, nous avons remarqué qu'il fallait néanmoins un contrôle constant de l'énergie employée durant l'application de l'appareil.

Enfin, on recouvre le modelé d'une bande de gaze, pour que les bandes emplâtrées soient maintenues en position; leur adhérence, la chaleur du corps aidant, se fait rapidement.

Elle est suffisamment forte pour ne permettre aucun relâchement du pansement : et si on les recouvre de gaze, c'est précaution contre le relâchement qui pourrait se produire les dix premières minutes.

L'épaisseur totale de l'appareil est d'environ 2 millimètres.

RENOUVELLEMENT DU PANSEMENT ET EVOLUTION DU TRAITEMENT

Le modelé et les soins de l'ulcération se font toujours dans une même séance. Seul le traitement médicamenteux de l'ulcère varie. L'appareil de marche s'applique selon les règles que nous en avons données et qui sont toujours les mêmes.

Nous n'envisagerons donc ici que les soins donnés à la lésion, leur renouvellement amenant automatiquement la pose de l'appareil.

Au premier pansement : Nettoyage de l'ulcération et de la dermite périphérique à l'éther. Application sur la même zone d'une couche de pommade à l'oxyde de zinc; elle aide au détergement de la plaie, et la dermite en bénéficie.

On renouvelle deux ou trois fois ce procédé à trois jours d'intervalle; l'ulcère est généralement nettoyé et on peut commencer son attaque à la litharge.

Puis les pansements sont généralement espacés de sept ou huit jours et demandent : de saupoudrer l'ulcère à la litharge, de l'entourer au ras de ses bords d'une bande fortement imprégnée d'emplâtre.

Si la lésion est régulière, on taille une fenêtre à ses dimensions; irrégulière, on en dessine le contour par des fragments de bande taillés qui la circonscri-

vent; ce qui en même temps permet de suivre la progression de sa cicatrisation. Nous signalons que certaines peaux ne supportent pas l'emplâtre; on peut au premier pansement placer en un point de la dermite une petite pastille d'emplâtre qui montrera la susceptibilité individuelle. On la remplace aisément par une couche de pommade à l'oxyde de zinc.

L'ulcération n'évolue pas vers la guérison suivant une courbe régulière; la lésion se rétrécit par poussées successives. Et si elle stagne à plus de deux reprises, nous remplaçons la litharge par de la pommade au sous-nitrate de Bismuth, qui a une action très active sur la cicatrisation; trop active même, et nous ne la laissons sous le modelé que deux jours afin qu'elle n'entraîne pas de réaction congestive dangereuse.

La dermite associée rétrocede sensiblement suivant la même progression.

L'œdème localisé disparaît de même, tant par l'activation circulatoire, que par l'action antiphlogistique de la couche d'emplâtre ou de vaseline, et que par le traitement de l'ulcère lui-même.

DUREE DU TRAITEMENT.

En moyenne, la guérison demande de 50 à 60 jours.

Nous avons coutume de la faire suivre de deux ou trois modelés pour poursuivre l'amélioration de la circulation de retour et affermir la cicatrice.

MODALITES D'APPLICATION DANS LES CAS COMPLEXES

Dans le paragraphe précédent, nous exposons le traitement tel qu'on l'applique sur un ulcère jeune, entouré d'une petite zone de dermite, et dont l'œdème réactionnel est localisé. Nous envisageons dans celui-ci son utilisation sur l'œdème associé à des troubles cutanés étendus, à une grosse jambe, le plus souvent à une association de ces affections. L'ulcère est ici généralement étendu, anfractueux, infecté; les soins qu'il doit recevoir sont les mêmes que pour l'ulcère limité; l'application du modelé reste identique. Seuls se distinguent les traitements des troubles concomitants que nous allons décrire, laissant au lecteur le soin de synthétiser leurs combinaisons.

Avant de ce faire, nous allons tenter un essai de classification rapide des ulcères variqueux. Il voudrait, dans sa sécheresse, montrer les types cliniques de jambes sur lesquelles se rencontrent cette affection. Les types grossiers que nous décrirons se retrouvent rarement aussi schématiques. Les diverses étiologies invoquées dans la production des ulcères ont prouvé leurs intrications intimes; c'est pourquoi nous avons cru que la clarté de notre exposé profiterait d'une classification où nous avons mis en exergue les caractères cliniques dominants. Nous verrons successivement les cas où l'ulcère est la lésion unique, où il est

accompagné de troubles cutanés étendus, où il est situé sur une grosse jambe.

L'ULCÈRE EST LA LÉSION UNIQUE : Nous entendons qu'il est jeune, circonscrit par une zone de dermite très restreinte, reposant sur des tissus dont l'œdème se limite à peu près à la dermite.

L'ULCÈRE EST ACCOMPAGNÉ DE TROUBLES CUTANÉS ÉTENDUS : Il est ancien, sur une jambe qui a vu s'installer des complications trophiques, ou il s'est récemment installé sur un terrain préparé.

On peut trouver à côté de lui :

Eczémas, suintant ou sec,

Lichénifications,

Epidermo-dermites microbiennes,

Pigmentation ocre. Purpura,

Dermato-sclérose variqueuse,

Erythrocyanose,

Erythème noueux (que nous classons ici par ses rapports sous-cutanés).

L'ULCÈRE EST SITUÉ SUR UNE GROSSE JAMBE ŒDÉMATIÉE.

Où dominent les *Troubles Veineux* :

Varices,

Périphlébite,

Phlébite variqueuse,

Troubles post-phlébitiques.

Où dominent les *Troubles Lymphatiques* :

Œdème lymphatique,

Adéno-lymphangite.

Suivant cet ordre, nous allons exposer les modalités du traitement local.

L'ULCERE EST LA LESION UNIQUE

Nous parlerons ici, les considérant comme une complication des ulcères de jambe, des douleurs violentes accompagnant des pertes de substance parfois minimales, siégeant dans la région sous-malléolaire. Les douleurs peuvent se présenter :

légères à la fin de la journée,
marquées le jour et pendant la première partie de la nuit,
réveillant le malade dans la deuxième partie de la nuit et se continuant dans la matinée.

Ces douleurs spontanées ne sont pas réveillées par la marche.

Dans le premier cas, nous conseillons au malade de prendre vers 4 heures de l'après-midi, un comprimé composé de :

Acide Acétylsalicylique..	25 cg.
Phénacétine	25 cg.
Codéine	1 cg.
Amidon q.s.p.....	1 comprimé

Dans le deuxième cas, avant de saupoudrer l'ulcération de poudre de litharge, nous plaçons sur la plaie une fine couche d'un analgésique composé de :

Ether éthylique de l'acide phtaléique	2 g.
Ether éthylique de l'acide para-amino-benzoïque	2 g.
Ether butylique de l'acide para-amino-benzoïque	2 g.
Métadioxybenzène	2 g.
Oxyde de zinc.....	10 g.
Borate de soude.....	50 cg.
Baume du Pérou.....	25 cg.
Huile de paraffine.....	1 g. 25
Lanoline anhydre.....	40 g.
Vaseline neutre.....	40 g.

D'autre part, les malades sentent toujours leur membre plus « frais » après le renouvellement du pansément, tant par les soins donnés à l'ulcération, que par l'application d'un modelé nouveau; nous posons alors l'appareil à la fin de l'après-midi; les sujets prennent un des comprimés cités plus haut, à 15 heures, un autre à 22 heures.

Dans le troisième, suivant les mêmes constatations, nous donnons deux comprimés analgésiques comme précédemment; renouvelons le pansément tôt dans la matinée, et tous les trois ou quatre jours.

Envisageons maintenant les cas où :

L'ULCERE EST ACCOMPAGNE DE LESIONS CUTANÉES ETENDUES

ECZÉMA : Le modelé fait un pansement exclusif. N'amenant pas d'amélioration sur l'eczéma, nous lui adjoignons suivant les susceptibilités individuelles et leurs variations : la pommade à l'oxyde de zinc, le liniment oléocalcaire, une bande fortement imprégnée d'emplâtre, l'huile à l'oxyde de zinc, les pommades au goudron, nitrate d'argent au 1/10^e, associant à l'occlusion les traitements classiques, et recommandant un régime.

LICHÉNIFICATIONS : Le modelé empêche les lésions de grattage. Dans les cas bénins, nous lui adjoignons, souvent avec succès, l'huile à l'oxyde de zinc, ou le nitrate d'argent. Le prurit étant intense, il est bon de faire un traitement général de désensibilisation.

EPIDERMO-DERMITES MICROBIENNES : Nous ne commençons le traitement qu'après un nettoyage en gros du membre qui demande peu de temps en général. Puis nous appliquons les méthodes connues : crème d'Alibour, nitrate d'argent au 1/50^e, oxyde jaune de mercure, pommade à l'oxyde de zinc. Nous renouvelons les pansements tous les deux ou trois jours.

PIGMENTATION, PURPURA : Nous nous contentons de recouvrir les parties atteintes avec de la pommade à l'oxyde de zinc.

DERMATO-SCLÉROSE VARIQUEUSE : Elle se voit très améliorée par la simple application des modelés.

ERYTHÈME NOUEUX : Nous le signalons, car nous avons rencontré une malade atteinte de cette affection, qui avait pendant son évolution contracté un ulcère greffé sur un noyau phlébitique. Traité, son ulcère se referma. Et elle nous demanda après cette cicatrisation de poursuivre la pose de modelés qui avaient amélioré son état d'œdème, et les sensations de lourdeur continue. Elle guérit par la suite.

ERYTHROCYANOSE : Nous avons traité deux malades pour cette affection. Toutes deux suivaient depuis de longs mois un traitement médical qui ne les avait pas améliorées. Elles furent guéries par une association du traitement ambulatoire. Nous les avons notées ici, bien qu'elles ne rentrent pas dans les cas que nous envisageons, parce que : le diagnostic d'érythrocyanose est parfois délicat à poser sur une jambe ulcérée et lésée et qu'il nous est permis de penser que le traitement qui guérit isolément, guérira dans un cas plus complexe, qui a fait ses preuves sur les associations.

L'ULCERE EST SITUE
SUR UNE GROSSE JAMBE ŒDEMATIÉE

TROUBLES VEINEUX

VARICES : La circulation de retour est très activée; la stase disparaît, l'œdème fond; les veines distendues diminuent de volume, les veines qui ne sont pas encore forcées entreront en réplétion. Si certaines d'entre elles sont surmontées d'une peau congestionnée, nous la recouvrons de pommade à l'oxyde de zinc.

PÉRIPHLEBITES : Nous traitons ces malades pour leur périphlébite par l'ambulation qui accélère leur guérison : application d'un antiphlogistique local, pommade et huile à l'oxyde de zinc sur tout le territoire inflammatoire. Située à la cuisse, nous ajoutons au modelé une bande de crêpe, ou mieux, une bande de coton tricoté, qui prend au dessous du genou et remonte à la racine du membre, et quand besoin est, se continue au niveau de l'Abdomen.

PHLEBITE VARIQUEUSE : épaisse application de pommade et d'huile à l'oxyde de zinc dépassant largement la zone inflammatoire. Si la phlébite est située à la

fois à la jambe et à la cuisse, on prend le segment proximal du membre dans une bande de crêpe ou de coton tricoté. Mobilisé pendant deux ou trois jours si la phlébite est très étendue prenant la saphène sur sa moitié supérieure pour accoutumer le malade au modelé; il est levé et par étapes marche trois et quatre heures quotidiennement. Sinon, il est mobilisé d'emblée.

TROUBLES POST-PHLÉBITIQUES : l'œdème diminue sous l'action des modelés; comme l'ulcère il rétrocede souvent par étapes. Le renouvellement du modelé suit la fonte, et le malade se représente quand il n'est plus maintenu.

TROUBLES LYMPHATIQUES

L'ŒDÈME diminuera sous l'action du modelé qui sera pratiqué comme nous l'avons vu dans la phlébite, complété s'il le faut par une bande crurale.

L'ADÉNO-LYMPHANGITE sera traitée par une large couche de pommade à l'oxyde de zinc sur laquelle on placera quelques épaisseurs de gaze fortement imprégnée d'huile à l'oxyde de zinc, qui auront une notable action antiphlogistique. Un traitement vaccinothérapique sera institué. D'abord au repos, le malade fera des exercices de flexion du genou et de la tibio-tarsienne. Il marchera, progressivement, dès que sa température aura touché 37°.

APRES CICATRISATION

Nous avons coutume, pour renforcer la cicatrice, de poser deux ou trois pansements espacés de 10 jours, libérant le malade 24 heures après le premier; deux jours après le second, pour le réhabituer à la marche sans soutien.

Pour son avenir, nous lui déconseillons formellement encore, la station debout immobile, et le piétinement.

Si à côté de sa cicatrice d'ulcère le sujet présente de mauvaises jambes nous lui recommandons le port d'un bas en fil tissé. Ce bas a sur celui en caoutchouc le triple avantage : d'avoir une tension réglable suivant la longueur des jarretières, qui le supportent, de permettre facilement la sudation, d'être facilement lavable. Il sera placé le matin avant le lever.

Par la suite, un malade, déjà atteint dans son passé d'ulcère variqueux, ou traité par ce procédé ambulatoire pour une affection des membres inférieurs, pourra présenter les prodromes d'une ulcération. Nous avons alors procédé plusieurs fois à un traitement préventif dirigé contre l'ulcère, et nous avons réussi.

Enfin nous donnerons au malade le traitement général que peut réclamer son état.

Nous allons maintenant donner quelques observations. Sur 57 cas d'ulcères variqueux auxquels nous avons appliqué cette thérapeutique, nous avons eu

deux échecs. L'un, chez une femme de 54 ans, pléthorique, à la tension artérielle énorme de 27-22 de moyenne prise avec l'appareil de Vaquez. Cette malade fut traitée pendant seize mois dans le service de Monsieur le Professeur agrégé Cadenat tant par une thérapeutique locale, que par une thérapeutique générale; son ulcération toucha plusieurs fois à la cicatrisation totale, mais à la suite d'un écart de régime, d'une grippe, elle s'étendait à nouveau; nous abandonnâmes l'espoir de la guérir.

L'autre, chez une femme âgée de 76 ans, dont l'ulcère énorme remontait à sept ans auparavant. Il siégeait au 1/3 inférieur de la jambe, large de 8 à 9 centimètres, il s'étendait en arrière par deux prolongements séparés, à la face postérieure par un simple pont de peau intacte d'ulcération sur 1 à 2 centimètres, ses bords étaient décollés, irréguliers, en contours géographiques; le fond était sanieux, lardacé, fongueux, tantôt noirâtre, tantôt gris verdâtre, dégageant une odeur infecte. Nous ne sommes arrivés qu'à le transformer en plusieurs îlots d'ulcérations, en arrière et latéralement, et à diminuer de moitié la lésion principale, mais nous n'avons pu obtenir d'autre résultat au bout de 19 mois.

Parmi les malades traités nous connaissons un cas de récédive consolidé en un mois durant Juillet 1932.

Les observations qui suivent ont été choisies non parmi des cas simples, guérissant aisément dans un délai de 40 à 60 jours, par le traitement ambulatoire, mais au contraire parmi un type de malades où l'ulcère se trouve associé à d'autres lésions marquées.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION N° 1

M. P..., 48 ans, représentant de commerce.

A. H..., Rien à signaler.

A. P..., Typhoïde à 18 ans. Périphlébite gauche à 41 ans. Sujet pléthorique dont la tension artérielle est à 19-14.

Affection actuelle. Poussée de périphlébite, il y a 6 mois sur le membre atteint antérieurement, siégeant en arrière des malléoles, et sur le trajet de la veine poplitée, traitée par le repos un mois. Apparition il y a quatre mois à la suite d'un traumatisme, d'un ulcère sous-malléolaire interne gauche, qui se referme après six semaines de traitement médical et d'immobilisation. Le malade ayant repris ses occupations, l'ulcère récidive, la périphlébite réapparaît, le sujet cesse son travail et s'alite un mois.

Nous le voyons le 10 Février 1932.

A l'examen on constate : une ulcération circulaire de la taille d'une pièce de cinquante centimes, entourée d'une zone de dermite ézématiforme et reposant sur une zone œdématisée et douloureuse. Derrière les malléoles on sent des petits cordons veineux indurés, douloureux à la pression; l'œdème périmalléolaire fait presque complètement disparaître les malléoles. A hauteur du mollet, gros cordon veineux induré, gros comme un crayon, et se continuant jusqu'au creux poplité.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative H4.

Le traitement ambulatoire est commencé le 10 février 1932, par l'oxyde de zinc sur l'ulcère, l'antiphlogistique sur la périphlébite, le modelé, et une bande crurale. Le malade accomplit son travail aussitôt. Même pansement le 13 Février.

Le 17 Février, la périphlébite s'estompe, l'ulcère est attaqué à la litharge. Le traitement est continué tous les cinq jours jusqu'au 3 mars 1932. L'ulcère à cette date est cicatrisé. La périphlébite est terminée le 19 mars 1932. Le malade devra prendre de l'Extrait de marron d'Inde chaque mois pendant 10 jours.

Il a été revu le 11 octobre 1932, le 10 mars 1933, le 27 février 1934 avec une cicatrice souple, et un état segmentaire normal.

OBSERVATION N° 2.

M. R... 54 ans, masseur.

A. H... Rien à signaler.

A. P... Broncho-Pneumonie à 3 ans. Ictère infectieux à 27 ans.

Affection actuelle : Apparitions spontanées d'un ulcère à la face interne, tiers inférieur de la jambe droite, avec sur le même membre une périphlébite des petits vaisseaux superficiels de la face interne du segment; la saphène interne est prise sur une longueur de quatre travers de doigt par une phlébite variqueuse à hauteur du mollet.

Le malade vient consulter le 13 Novembre 1933.

A l'examen, on constate une ulcération aux bords irréguliers de deux centimètres de diamètre. Tout autour,

un zone inflammatoire de la taille d'une soucoupe. Enfin la périphlébite décrite plus haut.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative H 4.

Le traitement ambulatoire est commencé le 13 novembre 1933 par un traitement local à la pommade et à l'huile à l'oxyde de zinc, le modelé. Le malade, qui souffrant trop ne quittait plus son domicile, est soulagé et reprend ses visites. Le même pansement que précédemment est refait les 17 et 20 novembre 1933, l'ulcération est recouverte de litharge le 24 novembre, la zone inflammatoire, d'une bande emplâtrée. Le traitement se poursuit : la périphlébite est terminée le 18 décembre; l'ulcère cicatrisé le 5 février 1934.

Le malade a été revu le 15 juin 1934, le 11 février 1935 en excellent état.

OBSERVATION N° 3.

Mme. P... 47 ans, magasinnière.

A. H... rien à signaler.

A. P. scarlatine à 11 ans; Femme pléthorique avec tension artérielle à 22-17. Paquets Variqueux.

Affection actuelle : ulcère sous-malléolaire interne dant de deux mois, très douloureux.

Nous voyons la malade le 14 avril 1932.

A l'examen hyperkératose et crevasses des régions talonnières débordant sur chaque zone sous-malléolaire; l'ulcère est ovalaire, de la taille d'un pois, situé au centre de la région hyperkératosique sous-malléolaire interne gauche; quelques gros paquets variqueux sur les mollets et à la face interne des deux cuisses.

Les oscillations artérielles du membre gauche atteint d'ulcère mesurées avec l'appareil de Pachon sont sensiblement égales à celles de la jambe opposée. La réaction de Bordet-Wassermann est négative H 4.

Le traitement ambulatoire est commencé le 14 avril 1932.

Pommade analgésique, oxyde de zinc au niveau de l'ulcère; bande emplatrée sur la région hyperkératique; un modelé prend le pied et la jambe. Le 18 Avril 1932, mêmes applications. Le 22 Avril 1932 la malade a cessé de souffrir. L'ulcère régresse. Le traitement est continué jusqu'au 9 mai où l'ulcère est comblé. Il est poursuivi sur l'hyperkératose qui est disparue le 4 juillet 1932. Les varices jambières ont considérablement régressé. Un traitement général est institué : gui, iode, hydrastis canadiens intercalés. La malade est revue le 13 novembre 1932. Sa cicatrice d'ulcère est invisible, l'hyperkératose n'est pas réapparue.

OBSERVATION N° 4

Mme., charcutière, 42 ans.

A. H., rien à signaler.

A. P., Ictère à 17 ans; ictère à 38 ans. Angio-cholécystite chronique.

Affection actuelle. Eczéma suintant au pied gauche datant de 3 ans; ulcère greffé sur cet eczéma remontant à 4 mois.

A l'examen on constate : un eczéma linéaire à l'union de la face dorsale et du bord interne du pied gauche s'étendant jusqu'à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, une pyodermite sur tout l'espace sous-mal-léolaire interne, un ulcère de la surface d'une pièce de un

franc dans cette région; une périphlébite des veines superficielles du pied. et du tiers inférieur de la saphène interne.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative H 4.

Le traitement ambulatoire est commencé le 20 mai 1933. Localement : pommade à l'oxyde jaune de mercure au 1/50 sur le pyodermite; pommade à l'oxyde de zinc sur l'eczéma; pommade et huile à l'oxyde de zinc sur la périphlébite; puis le modelé. Nous recommandons à la malade de ne marcher qu'une demi-heure par jour. Le 20 mai, mêmes applications. Le 25 mai, la pyodermite est presque totalement terminée.

Le 28 mai, la pyodermite a disparu, la périphlébite a régressé; nous n'appliquons plus sur les lésions du pied que la pommade à l'oxyde de zinc; la malade marche 2 heures par jour. Le 5 juin, litharge sur l'ulcère; traitement repris tous les 8 jours jusqu'à la disparition de la périphlébite le 16 juin, et achevé le 11 juillet 1933; l'ulcère est entièrement terminé. La malade suit un traitement pour son foie, elle est revue le 15 décembre 1933, le 8 juillet 1934, le 13 Janvier 1935 en état local segmentaire et général satisfaisant.

OBSERVATION N° 5

Mme M... Bonne à tout faire, 64 ans.

A. H. Rien à signaler.

A. P. difficiles à faire préciser, la malade étant analphabète.

Affection actuelle : Région sus-malléolaire interne droite, œdématiée, de coloration rouge vineux, parcourue d'un lacs de varicosités, et sur laquelle siège un ulcère très douloureux datant de quatre ans (aux dires de ses maîtres).

A l'examen de la malade, le 6 février 1932, nous constatons : un ulcère de la taille d'une pièce de cinquante centimes reposant sur une zone infiltrée d'œdème, à peau sèche, écailleuse; il centre de petites veines turgescents, indurées, chargées de très nombreux phlébolithes, qui rayonnent autour de lui. Toute la région révèle une douleur exquise à la palpation.

Le traitement ambulatoire est entrepris le 6 février 1932. Sur toute la malléole interne, couche abondante de pommade à l'oxyde de zinc. Le 10 février les douleurs se sont atténuées, la congestion de même; même pansement. Le 13 février, pommade anesthésique et poudre de litharge sur l'ulcération; pommade à l'oxyde de zinc alentour; les douleurs disparaissent. Le traitement est renouvelé suivant cette technique jusqu'à la cicatrisation de l'ulcère reconnue le 17 avril. Deux pansements rendent quasi-normale la région sous-malléolaire qui ne présente plus que cinq ou six petits phlébolithes de la taille d'un grain de plomb.

La réaction de Bordet-Wassermann n'a pu être pratiquée; mais devant l'aspect clinique de l'ulcère, et sa symptomatologie, nous ne croyons pas que l'ulcération fut d'origine syphilitique.

OBSERVATION N° 6

Mme L..., 34 ans, sans profession.

A. H. Rien à signaler.

A. P. Phlébite post-opératoire après appendicectomie en 1932. Enfant de cinq ans, bien portant, accouchement et suites de couches normales.

Affection actuelle, ulcère ayant débuté il y a trois mois à la suite d'une simple érosion, et qui depuis va en s'agrandissant.

Nous voyons la malade le 15 janvier 1934.

A l'examen : ulcère de 3 centimètres de diamètre, à bords décollés, à fond atone, siégeant à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur de la face interne de la jambe gauche, reposant sur une zone indurée ; et un œdème malléolaire marqué.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative, H4.

Le traitement ambulatoire est commencé le jour même ; application de pommade à l'oxyde de zinc sur toute la jambe, et modelé. Dès le 17 janvier les malléoles sont moins œdématisées. Le 20, le 24 janvier, l'œdème fond et disparaît, mais l'ulcère reste atone. Le 26 janvier, litharge sur l'ulcère, bande d'emplâtre sur la zone périphérique. Jusqu'au 9 février, trois pansements. L'ulcère est toujours touché au nitrate d'argent. Même traitement tous les cinq jours jusqu'au 5 mars, où la lésion est cicatrisée, sa périphérie normale.

Nous donnons à la malade des séries intercalées de Marron d'Inde et d'extrait thyroïdien ; nous lui conseillons le port d'un bas à varices.

OBSERVATION N° 7

Mme Y..., épicière, 53 ans.

A. H. mère à jambes variqueuses, décédée de phlébite thrombosante.

A. P. femme pléthorique, tension à 20-16, grosses jambes depuis sa ménopause.

Affection actuelle : ulcère sus-malléolaire interne gauche, paraissant avoir débuté spontanément et développé sur une jambe très œdématisée.

Nous voyons la malade le 17 mars 1932.

A l'examen, sur une jambe éléphantiasique à peau fine et sèche, sans varices apparentes, se trouve l'ulcère grand comme une pièce de deux francs; la lésion est entourée d'une large zone de pigmentation ocre.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative, H4 ; les oscillations artérielles mesurées avec l'appareil de Pachon sont égales aux deux jambes.

Le traitement est commencé le 17 mars : pommade à oxyde de zinc sur l'ulcère et la zone pigmentée, modelé. Le 19 mars le pansement trop lâche témoigne de la fonte de l'œdème; il est renouvelé. Sur tout le mollet, et au 1/3 inférieur de la face antéro-externe de la jambe, bandes à l'emplâtre. On adjoint un traitement général : Extrait total d'Ovaire, extrait de Marron d'Inde. Le 22 mars on active le bourgeonnement de l'ulcère à la litharge. Jusqu'au 15 mai, les pansements sont renouvelés tous les cinq jours avec fonte de l'œdème et cicatrisation de l'ulcère évoluant par paliers, pour atteindre la guérison. Trois pansements de consolidation renouvelés tous les dix jours, libérant la malade, un, puis 2 jours.

La jambe droite traitée par le même modelé atteint après un mois d'application un état quasi normal au dire de la malade. Nous lui conseillons le port de bas à varices.

OBSERVATION N° 8

Mme B..., 51 ans, concierge.

A. H. Rien à signaler.

A. P. Femme pléthorique, ayant une tension artérielle à 22-18, mesurée à l'appareil de Vaquez.

Affection actuelle : Ulcère ayant débuté il y a trois ans à la suite d'un traumatisme, souvent douloureux.

La malade vue le 20 avril 1932 présente à l'examen : une ulcération ovalaire, de 4 centimètres sur 2, peu profonde, à bords scléreux et épaissis à fond rougeâtre; elle est entourée d'une zone de pigmentation brune très étendue et repose sur des tissus scléreux et œdématisés ; la jambe entière est augmentée de volume (44 contre 41 centimètres au mollet opposé).

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le traitement entrepris le jour même, renouvelé le 23, puis le 28 avril montre une intolérance à la litharge. Nous nous contentons de placer sur l'ulcère de la pomade à l'oxyde de zinc. Ses bords sont attaqués par une bande fortement imprégnée d'emplâtre ; en dix jours l'épidermisation périphérique se forme, et après des applications renouvelées tous les six jours en moyenne, la malade est guérie de son ulcération le 22 juin 1932. L'œdème sous-jacent a disparu. L'œdème du membre a regressé; la mensuration du mollet montre 41 cm. 1/2 contre 44 au début du traitement. Nous recommandons à la malade une thérapeutique opothérapique polyglandulaire. Revue le 12 mai 1934, la guérison était confirmée.

CONCLUSIONS

L'efficacité partielle des méthodes préconisées dans le traitement des ulcères variqueux, et les observations que nous venons de citer nous incitent à conclure sur l'avantage de ce traitement ambulatoire.

1° Il est applicable à tous les ulcères variqueux, dans tous les cas où une mobilisation, même légère peut être faite.

2° Il ne fait pas courir les risques, si minimes soient-ils, de l'anesthésie et d'une intervention chirurgicale.

3° Il permet l'ambulation ; la légèreté du modelé ne la gêne pas. Et le malade peut mener une activité normale, ce qui *professionnellement, socialement*, a le plus souvent une importance majeure.

Vu : *Le Doyen*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*

CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — Discussion sur le traitement des Varices. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* (1933). T. LIX, p. 333).
- ALQUIER. — Les grosses jambes. (*Presse Médicale*, 1934, p. 84).
- AUBERT. — Thèse Nancy (1930).
- AUDRAIN. — Le Système de la Lymphe. (Doin, Paris, 1920).
- BASSET. — Discussion sur le traitement des Varices. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* (1933). Tome LIX, p. 466).
- Mme BLASS. — Thèse Paris (1931).
- BRANN. — Die chronischen Beinleiden und ihre Ambulante Behandlung. (Ed. Curt Kabitzsch. 1931).
- La Stase lymphatique et la Phlébite. (*Blätter für Beinheilkunde*, n° 1. (Berlin, 30 août 1932).
- F.-M. CADENAT. — Les ulcères de jambe; comment envisager à l'heure actuelle leur traitement. (*L'Hôpital*, mai 1926).
- CHEVRIER. — Discussion sur le traitement des Varices. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* (1933). T. LIX, p. 352).

COLEBROCK. — Varicose Ulcers. (*The lancet*, may 1928, p. 904).

DAINOW. — Du traitement des Ulcères Variqueux par l'Acétylcholine. (*Revue de la Suisse Romande*, 25 avril 1930).

DARGELOS. — Existe-t-il une thérapeutique des maladies veineuses ? (*Pratique Médicale Française*. Janvier 1934, B. p. 51).

DELATER. — Aperçu de la Pathologie veineuse, système veineux périphérique. (*Journal des Praticiens*, 12 mars 1927).

— Les Varices des Membres et leur traitement. (*La Médecine*. Août 1928).

— Les Dystrophies tégumentaires dans les maladies des veines : l'Ulcère Variqueux. (*Presse Médicale*, 9 décembre 1931, p. 1808).

— Trois étages anatomiques dans l'arborisation veineuse superficielle du membre inférieur. (*Société Médicale*. Paris, août 1926).

DELATER et CHAILLY. — Arrêt de la Phlébite variqueuse en activité par des injections sclérosantes. (*Presse Médicale*, 1934, p. 274).

DESGOUTTES et RICARD. — La Sympathectomie péri-artérielle. Détails de technique. (*Presse Médicale*, 1925, p. 734).

DESJACQUES et DONET-BON. — Perte de substance cutanée; guérison par greffe de Davies. Société de Médecine et des Sciences médicales de Lyon, 21 novembre 1934. (In *Presse Médicale*, 1934, p. 1986).

- DESPLAS. — La Sympathectomie péri-artérielle par action chimique. (*Monde Médical*, 1931, n° 797, p. 797).
- DEVANE. — A note on the ambulatory treatment of varicose ulcers. (*The lancet*, octobre 1927, p. 865).
- DUCUING et GUILHEM. — Mouvements et Phlébites. (*La Gynécologie et la Semaine gynécologique des Praticiens réunis*. Mars 1934, p. 145).
- FAVRE, CONTAMIN et MARTINE. — Syphilis et Ulcères dits variqueux. (*Lyon Médical*, 3 février 1924).
- FISCHER. — Traitement des Phlébites. (*Munchener Medizinische Woch.*, *Münich*. T. LXXVII, n° 34, p. 1468).
- FOUQUET. — Traitement des Ulcères Variqueux par la méthode de Bourgraff. Société de Dermato-Syphiliographie. (*In Presse Médicale*, 11 novembre 1930, p. 49).
- FREDET. — Discussion sur le traitement des Varices. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1933, t. LIX, p. 208).
- GATÉ et BARRAL. — Traitement des Ulcères de jambe par l'Insuline : 19 cas. (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, in *Presse Médicale*, 1^{er} février 1930, p. 153).
- GOOSENS. — Un nouveau mode de traitement des Ulcères Variqueux. *Archives Médicales belges*, in *La Voix Médicale*, mars 1935, p. 9).
- GUILLERMET. — Thèse Paris (1921).
- HARTMANN. — Discussion sur le traitement des Varices. (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie* (1933), t. LIX, p. 333).

HÉRY. — Quelques résultats obtenus par le traitement de la botte gélatino-amidonnée dans le traitement ambulatoire des Ulcères variqueux. (*Bulletin Général de Thérapeutique*, 1926, p. 279).

HUGEL et DELATER. — Insuffisance veineuse progressive. Orientation de la thérapeutique actuelle des maladies des Veines. (*Presse Médicale*, 1925, p. 731).

MARCEL JOLY. — Phlébites et troubles post-phlébitiques traités par des enveloppements paraffino-résineux radioactifs. (*Journal de Médecine de Paris*, 22 février 1934, p. 176).

LÉO LANDES. — *Thèse* Toulouse (1920).

LECLERC. — Discussion sur le traitement des Varices. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* (1933). Tome LIX, p. 463).

LEIBHOLZ. — Traitement de la Phlébite par des pansements d'après Fischer ou Lasker. (*Munchener Medizinische Woch.* N° 50, p. 2155).

LERICHE. — Suites éloignées des Phlébites des membres inférieurs. (*Gazette des Hôpitaux*, 1927, p. 301).

MAISON (Edouard). — Traitement des Ulcères variqueux. (*Gazette Médicale de France*, 1^{er} février 1934, p. 101).

MATHEY-CORNAT. — Chirurgie du Sympathique périartériel des membres.

MEYER et WEILSPIRE. — Traitement des Ulcères variqueux. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 25 janvier 1926).

PINEYRO. — *Thèse* Paris (1924).

RAVINA (A.) — Traitement des Ulcères Variqueux (*Presse Médicale*, 1933, p. 338).

REDICHEN (H.). — Ulcères et ictère hémolytique. (Oslo, analyse in *Presse Médicale*, 15 octobre 1932.

RIOT. — Nouvelle technique de pansements des Greffes épidermiques; son application au traitement des Ulcères de jambe. (*Presse Médicale*, 1934, p. 199).

ROME (Marie-Anne). — Diagnostic différentiel de l'Ulcère Variqueux et de l'Ulcère Phlébitique. (*Presse Médicale*, 1933, p. 810).

ROUHIER. — Discussion sur le traitement des Varices. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Tome LIX, p. 151).

ROUX-BERGER. — Traitement des troubles trophiques consécutifs à une plaie de la jambe; travail de Lasserre présenté par Roux-Berger à la Société de Chirurgie, le 6 avril 1932. (In *Presse Médicale*, 1932, p. 631).

SÉNÈQUE. — Discussion sur le traitement des Varices. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* (1933). Tome LIX, p. 205).

SÉZARY. — Le traitement des Ulcères de jambe. (*Presse Médicale*, 25 mai 1932, p. 844).

SICARD et GAUGIER. — Traitement des varices par la méthode sclérosante.

STEINWENDEN. — Douleurs dans l'Ulcère de jambe. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, n° 33, 13 août 1934. (In *Presse Médicale*, 14 septembre 1933).

SUEUR (R.). — Traitement ambulatoire de 14 ulcères variqueux. *Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, 11 juin 1932. (In *Presse Médicale*, 1932, p. 1246).

TOURNEUX. — Dégénérescence cancéreuse de l'Ulcère. *Société de Médecine de Toulouse*. (In *Presse Médicale*, 1930, p. 337).

TRÉMOLIÈRES et VERAN. — Syndrome d'oblitération artérielle du membre inférieur droit apparu au cours d'une phlébite superficielle et profonde avec embolies pulmonaires. Effet thérapeutique de l'Acétycholine. (*Bulletin Médical de Paris*, 1929, p. 1101).

TSENCK. — Ulcère et Insulinothérapie. *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie* du 14 avril 1932. (In *Presse Médicale*, 1932, page 781).

VAN LEEUVEN. — Varicose ulcer and nodular phlebitis of legs. (*Nedel Tijdsche v. Geneesk*, 10 décembre 1932, p. 5637).

VERNY. — *Thèse* Paris (1925).

— Traitement ambulatoire des Ulcères Variqueux. (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1926, p. 127).

VIGNE, J. DUSAN, GALLION. — Un nouveau traitement de l'Ulcère de jambe, la « Méthode de Bourgraff ». (*Presse Médicale*, 1933, p. 145).

VILLARET — L'emploi de l'Acétylcholine en clinique et en thérapeutique. (*Monde Médical*, 1^{er}, 15 avril 1929, p. 449).

